

# 肠粘连致腹内疝19例诊治体会

龚杰<sup>1,3</sup>, 黄雄<sup>2</sup>, 宋云<sup>3</sup>, 徐尔侃<sup>3</sup>, 何山<sup>3</sup>

(1.遵义医学院研究生院, 贵州 遵义 563003;

2.成都市第六人民医院普外科, 四川 成都 610017;

3.遵义医学院成都附属医院普外科, 四川 成都 610000)

**【摘要】** 目的 总结肠粘连所致腹内疝的临床特点和诊治难点, 提高对本病的认识和及时诊断治疗。方法 回顾性分析我院2013年1月至2016年1月收治的19例肠粘连合并腹内疝患者的临床资料。结果 19例患者均经过手术探查证实诊断, 术后发生并发症9例, 其中切口感染5例, 炎性肠梗阻4例。本组病例无死亡, 均康复出院。结论 肠粘连所致的腹内疝临床较为少见, 表征不明显, 容易漏诊或误诊, 且病情进展迅速, 易导致肠绞窄和肠坏死等严重后果, 需引起临床上的高度重视。

**【关键词】** 肠粘连; 腹内疝; 诊断; 治疗

**【中图分类号】** R656.2<sup>4</sup> **【文献标识码】** B **【文章编号】** 1003-6350(2017)05-0819-03

粘连是腹部手术后几乎难以避免的并发症, 只要进行过腹腔内手术操作即有可能肠粘连。因肠管、肠系膜、腹膜等紧密粘连导致各组织器官解剖关系错综复杂, 形成操作上的雷区, 尤其在急诊手术情况下各腹部外科医生更是如履薄冰。肠粘连的急诊手术主要因为急性肠梗阻, 而其中一定比例是粘连性腹内疝引起, 内疝的形成更是增加了手术难度, 提高了肠嵌顿、坏死的概率。对于多数外科医生来说, 粘连性肠梗阻是非常熟悉的疾病, 而对于肠粘连形成的腹内疝却认识不足, 国内外也少有报道。对于粘连性肠梗阻, 多数外科医生会趋向于保守治疗, 特别是在患者体征不重的情况下, 但是往往体征加重的时候很可能嵌顿肠管已经坏死, 因此, 如何及早判断有无粘连导

致腹内疝的形成对于挽救嵌顿的肠管至关重要。本文回顾性分析我院近年来经手术证实的肠粘连所致腹内疝患者的临床资料, 以期提高对本病的认识和及时诊断治疗。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2013年1月至2016年1月我科19例肠粘连合并腹内疝的患者, 其中男性13例, 女性6例; 年龄20~79岁, 平均50.4岁; 所有患者均有腹部手术史, 具体手术方式分别为胃溃疡穿孔修补术5例, 胃大部切除胃空肠吻合(Billroth II式)术2例, 大肠癌手术5例(其中Hartmann术3例, Miles术2例), 阑尾切除术7例(其中3例同时有剖宫产手术史)。发病至就诊时间为3~25 h, 平均10.5 h。本次发病距前次腹部

通讯作者: 黄雄。E-mail: huangxiong028@163.com

综上所述, 弹性髓内钉固定治疗治疗儿童股骨干骨折的疗效确切, 患肢功能恢复良好, 并且还具有固定牢靠、创伤小、骨折愈合快、耐受性好等优点, 值得推广应用。

## 参考文献

[1] 吴素英. 髓内钉置入治疗儿童股骨干骨折: 来源于SCI数据库的文献分析[J]. 中国组织工程研究, 2012, 16(30): 5670-5675.

[2] 王华明, 陈志龙, 李卫平, 等. 弹性髓内钉治疗儿童股骨干骨折钢板固定失效病例[J]. 中国组织工程研究, 2013, 22(26): 4819-4825.

[3] 吴泉州, 张菁, 兰树华, 等. 弹性髓内钉固定与外固定支架治疗儿童股骨干骨折疗效比较[J]. 中国骨伤, 2011, 24(2): 146-148.

[4] 郭永成, 邢光卫, 夏冰, 等. 弹性髓内钉与外固定架修复儿童股骨干骨折的Meta分析[J]. 中国组织工程研究, 2015, 18(31): 5072-5078.

[5] 盛晓文, 陈兵乾, 薛峰, 等. 微创弹性髓内钉技术治疗儿童股骨干骨折[J]. 实用骨科杂志, 2013, 19(4): 362-364.

[6] 赵丽, 赵胜军, 刘会玲, 等. 超声引导下弹性髓内钉闭合复位内固定术治疗儿童股骨干骨折的临床疗效分析[J]. 中国临床医生杂志, 2016, 44(2): 79-80.

[7] 马国涛, 孙晓茹, 刘东海, 等. 弹性髓内钉内固定治疗儿童股骨干骨折50例疗效观察[J]. 海南医学, 2015, 26(17): 2594-2596.

[8] 梁卫良, 王国寿. 不同体位下复位髓内钉内固定治疗股骨干骨折效果分析[J]. 海南医学, 2015, 26(8): 1196-1198.

[9] O'Boole RV, Dancy L, Dietz AR, et al. Diagnosis of femoral neck fracture associated with femoral shaft fracture: Blinded comparison of computed tomography and plain radiography [J]. Journal of Orthopaedic Trauma, 2013, 27(6): 325-330.

[10] Lin SJ, Chen CL, Peng KT, et al. Effect of fragmentary displacement and morphology in the treatment of comminuted femoral shaft fractures with an intramedullary nail [J]. Injury, 2014, 45(4): 752-756.

(收稿日期: 2016-05-31)

手术时间为 9 个月~7 年,平均 16 个月。

1.2 临床表现 本组病例均表现为突发不同程度腹部阵发性疼痛,随着时间推移进而呈持续性绞痛,伴腹胀(12 例)、恶心呕吐(7 例)、肛门停止排气排便(3 例);其中 9 例既往有反复腹痛、腹胀发作病史,多次经保守治疗后缓解,其余均为首次发作;1 例有剧烈运动的诱因。查体时可见肠型及蠕动波 3 例;腹部不对称隆起 1 例;腹部均有不同程度的压痛,腹部有明显压痛及肌紧张 4 例,其中有 1 例患者甚至表现为拒按;听诊肠鸣音减弱 2 例,肠鸣音亢进 17 例,可闻及气过水声 9 例;诊断性腹腔穿刺抽出血性液体 1 例。

1.3 辅助检查 本组患者血常规均可见白细胞总数、中性粒细胞比例不同程度升高。所有患者均于我院急诊外科行立位腹部 X 线平片,19 例均见小肠不同程度的积气、积液,其中有 4 例可见明显增粗肠袢及气液平。所有患者腹部 CT 均可见不同程度的肠管扩张及液气平,其中 1 例可见小肠于一侧腹部聚集成团现象,影像学诊断考虑不排除腹内疝形成可能;1 例同时可见回盲部区域广泛渗出性改变,阑尾明显增粗,考虑急性阑尾炎伴腹膜炎可能。

1.4 术前诊断 术前 14 例诊断考虑为急性粘连性不完全性肠梗阻,1 例诊断急性阑尾炎伴腹膜炎、不完全性肠梗阻,1 例诊断为腹内疝合并肠坏死、全腹膜炎,3 例诊断为急性完全性肠梗阻:不排除腹内疝形成可能。19 例术中均证实为腹内疝。

1.5 治疗方法 本组患者均因腹痛急诊入院,14 例经保守治疗无效后积极手术治疗,4 例急诊行剖腹探查术,1 例急诊行剖腹探查 + 阑尾切除术。术中 19 例均见腹腔内不同程度粘连环或粘连带形成,小肠疝入其中,其中 1 例同时合并急性化脓性阑尾炎。术中发现有 2 例患者同时合并有部分小肠自胃大部分切除(Billroth II 式、结肠前吻合)术后吻合口后方疝入所致的内疝;1 例合并小肠自 Miles 术后盆底腹膜裂隙疝入所致的裂隙型腹内疝;1 例疝入的小肠发生系膜扭转,且部分小肠与原阑尾切口下方腹壁粘连密切。手术方式主要包括:粘连带松解、疝入肠管复位、修补裂隙或潜在裂孔、肠切除吻合术、阑尾切除术。术中共有 10 例肠管出现血运障碍,其中 1 例小肠已明显变黑、坏死,其余 9 例积极行温水热敷及 2%利多卡因局部系膜封注后有 5 例肠管恢复活力,4 例肠管血运无明显改善;总共 5 例行肠切除肠吻合术。术后常规予以禁食、胃肠减压、抗感染、补液、营养支持、维持机体水电解质平衡及早期下床活动等治疗。

## 2 结果

本组 19 例均治愈出院,无死亡。19 例分别于术后 3~7 d 肠功能恢复,进流质饮食,逐渐过渡至普通饮食。其中 4 例于术后 7~10 d 出现炎性肠梗阻,再次禁食、加

强抗感染及补液对症治疗后梗阻解除;5 例患者于术后 5~8 d 出现切口感染,予以换药引流后切口愈合。

## 3 讨论

腹腔内脏器或组织自其原来的位置,经过腹腔内一个正常或异常的孔道或裂隙脱位到一个异常的腔隙者称为腹内疝(internal abdominal hernia)。腹内疝根据其病因可以分为先天性腹内疝、后天性腹内疝及混合型腹内疝。由先天因素引发的腹内疝极为少见,而后天因素多是由腹部手术后小肠疝入粘连所致的疝孔形成,临床上以此类为主。

3.1 先天性腹内疝 先天性腹内疝一般具有典型的疝环、疝囊、疝内容物等结构。如先天性发育不良所致的小肠系膜裂孔、胃结肠系膜裂孔、阔韧带裂孔、横结肠系膜裂孔、闭孔裂孔等,均为先天性腹内疝的发生基础<sup>[1]</sup>。

3.2 后天性腹内疝 (1)粘连型:任何腹部手术后均可致不同程度的腹腔脏器之间、脏器与腹壁之间的粘连带而形成间隙,成为腹内疝的发生基础,其中粘连带是构成疝环的重要成分。(2) Roux-en-Y 式吻合术后腹内疝:无论是结肠前或结肠后的吻合,吻合口间隙的存在均有可能成为腹内疝的潜在危险因素,其发病率高达 6.7%,Roux-en-Y 术后肠梗阻的病例中 75%由内疝引起<sup>[2]</sup>。而对于吻合后是否关闭肠系膜裂隙目前业界尚未达成共识,Chowbey 等<sup>[3]</sup>的对比研究显示:未缝合肠系膜裂隙腹内疝发生率为 3.5%,而常规缝合后下降为 1.7%。但另一项权威研究发现缝闭肠系膜裂术后肠梗阻等并发症更高<sup>[4]</sup>。(3)直肠癌根治术(Hartmann 或 Miles 术式)后裂隙型腹内疝:本术式腹腔内形成两个空隙,一是腹壁造口的结肠与腹壁之间的空隙,术后未缝合乙状结肠系膜与左侧腹膜裂隙,小肠疝入致腹内疝;二是盆底腹膜缝合不当或术后腹胀所致盆底腹膜裂开形成间隙,肠管进入即可造成腹内疝。(4)胆总管探查 T 管引流术后腹内疝:T 管与腹壁、肝脏、胆总管之间形成的空隙,肠管可经此孔隙形成腹内疝。

3.3 混合型腹内疝 混合型腹内疝即先天性与后天性因素同时存在<sup>[1]</sup>。肠粘连是腹部外科手术后比较常见的远期并发症,是术后粘连性肠梗阻及腹内疝的发病基础。对于粘连性肠梗阻,多数外科医生采取保守治疗,即是有文献认为机械性肠梗阻保守治疗 24~48 h 无缓解就有手术指征,但是当面临粘连性小肠梗阻的时候,只要体征没有加重,大多数外科医师仍倾向于延长保守时间,有时延长甚至会达一周以上,因为虽然在大多数情况下手术中可以消除了以往的粘连,但是术后必然会产生更多新的粘连。但是如果合并有腹内疝,保守治疗几乎无效,自行复位的希望渺茫,如果等到出现腹膜炎体征加重时,往往肠管已

经缺血坏死。本组有4例患者因自身就诊时间原因导致肠管血运障碍,甚至1例患者就诊时肠管就已坏死。14例保守治疗病例中,也有6例因保守时间把握不恰当而出现肠管不同程度血运障碍,其中3例已无法挽救而不得不行肠切除吻合术,从而给患者带来不可弥补的伤害。因此,如何尽早诊断腹内疝极为关键,凡是出现以下几种临床情况时需高度怀疑腹内疝形成:(1)既往有腹部手术病史;(2)患者症状较重,但是体征较轻且局限,后期逐渐出现体征加重,此时嵌顿肠管可能已经坏死,随后症状体征持续加重;(3)多次腹部X线片检查均提示同一部位粗大、孤立肠袢积气、积液影,腹部CT提示局限性肠管扩张积液,有经验的B超医生也能发现局限肠管扩张,同时伴有或者不伴有腹腔积液;(4)腹腔穿刺抽出血性液体;(5)排除肠扭转、套叠、肿块等原因。此外,详细的询问病史,动态观察腹痛程度、腹部体征变化及检验、影像学表现有助于对本病的早期诊断。

**3.4 腹内疝的治疗原则** 腹内疝的治疗原则在于早期诊断和早期治疗<sup>[5-6]</sup>。早期诊断是难点也是重点<sup>[7]</sup>,大多于术中明确诊断。因此,临床上对于高度怀疑腹内疝形成者,应积极手术治疗。在手术方式上,除传统的开腹手术外已有腹腔镜治疗案例<sup>[8-9]</sup>。但无论选择何种手术方式,其治疗原则均为:松解粘连,还纳肠管,解除梗阻。临床上急诊探查时需注意以下几点:(1)手术选择压痛最明显处做探查切口,但应注意尽量避开原手术切口,因原切口下方可能有不同程度的粘连,手术时容易导致肠管损伤;(2)进腹后在原地寻找肠管扩张和狭窄交界处有助于发现疝环;(3)术中分离粘连时应动作轻柔,尽量选择锐性分离,若疝内容物还纳困难时,可考虑行肠减压以降低疝入肠管张力,避免暴力导致肠管破裂;(4)应仔细甄别疝入肠管的活力,若发现肠管确有坏死,应积极行坏死肠段切除,对于肠管有血运障碍、怀疑有肠坏死可能者,可用温盐水纱布热敷肠管及其系膜,2%的利多卡因封闭系膜根部,以缓解血管痉挛,根据实际情况仔细观察15~30 min,若肠管确已失去活性,则果断行肠切除吻合;

(5)一旦发现脏器或者组织之间的裂隙或孔,应予以缝合闭合,同时,应特别注意避免有张力缝合,以防止因张力过高而导致撕裂,从而引起腹内疝的复发。(6)术中手术部位的创面、脏器不宜长时间暴露于腹腔外,应以湿棉垫保护覆盖等措施<sup>[10]</sup>,以减少粘连形成。(7)关腹前积极采取有效的防粘连措施,如对于腹腔内的血凝块、渗液、坏死组织及异物应彻底清除;可视情况使用可吸收缝线关闭腹膜;术后根据情况放置合理有效的腹腔引流;在肠管表面或者分离粘连创面涂抹医用可降解防粘剂等<sup>[11]</sup>。

#### 参考文献

- [1] Benyamini P, Lopez S, Cooper M, et al. Congenital mesenteric defect: an uncommon cause of bowel obstruction [J]. *Hawai'i Journal of Medicine & Public Health*, 2016, 75(2): 46.
- [2] Quezada N, León F, Jones A, et al. High frequency of internal hernias after Roux-en-Y gastric bypass [J]. *Obesity surgery*, 2015, 25(4): 615-621.
- [3] Chowbey P, Baijal M, Kantharia NS, et al. Mesenteric defect closure decreases the incidence of internal hernias following laparoscopic Roux-En-Y gastric bypass: a retrospective cohort study [J]. *Obesity Surgery*, 2016: 1-6.
- [4] Stenberg E, Szabo E, Ågren G, et al. Closure of mesenteric defects in laparoscopic gastric bypass: a multicentre, randomised, parallel, open-label trial [J]. *The Lancet*, 2016, 387(10026): 1397-1404.
- [5] 刘细平, 钟德, 林辉. 胃次全切除、胃空肠吻合术后腹内疝发生因素及其预防的探讨[J]. *中国普通外科杂志*, 2006, 15(9): 679-680, 681.
- [6] 王明亮. 腹内疝16例的临床分析[J]. *中国医学创新*, 2012, 9(23): 105-106.
- [7] Enrico F, Luca L, Marco V, et al. Laparoscopic management of internal hernia after Roux-en-Y gastric bypass [J]. *Obesity Surgery*, 2016: 1-3.
- [8] Garg S, Flumeri-Perez G, Perveen S, et al. Laparoscopic repair of foramen of Winslow hernia [J]. *International Journal of Angiology*, 2016, 25(1): 64-67.
- [9] Kishiki T, Mori T, Hashimoto Y, et al. Laparoscopic repair of internal transmesocolic hernia of transverse colon [J]. *Case Reports in Surgery*, 2014, 2015(4): 853297.
- [10] 石国豪, 陈平. 腹内疝的诊疗及预防[J]. *中国现代普通外科进展*, 2010, 13(6): 479-480, 489.

(收稿日期:2016-08-05)